DES

N° 46

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

AU MOYEN DU SUBLIMÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Mai 1889

PAR

F. JULLIEN

Né à Saint-Jean-de-Fos (Hérault), le 1er septembre 1859

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

3, Place de la Mairie, 3

M DCCC LXXX IX

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Botanique et hist. nat. méd. (Ch. d. c.). .	GRANEL.
Clinique obstétric. et gynécol. (Ch. d. c.).	GERBAUD
Physique médicale. (Ch. d. c.)	IMBERT

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BIMAR	MM. VILLE	MM. TRUC
MOSSÉ (✻)	GRANEL	GERBAUD
REGIMBEAU (✻)	BOINET	GILIS
BLAISE	BROUSSE	IMBERT
BAUMEL	FORGUE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, *président.*
GERBAUD, *chargé de cours.*
GAYRAUD, *agrégé.*
TRUC, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON BIEN-AIMÉ GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

F. JULLIEN.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A MON ONCLE CYPRIEN JULLIEN

F. JULLIEN.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOITESSIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT

TÉMOIGNAGE DE RESPECTUEUSE RECONNAISSANCE

A MES MAITRES

F. JULLIEN.

AUX FAMILLES

DURAND, GALEN, ALTEYRAC, NOUGARET

MEIS ET AMICIS

F. JULLIEN.

INTRODUCTION

En choisissant un sujet semblable comme objet de notre thèse inaugurale, nous ne nous sommes pas dissimulé les difficultés d'un pareil travail. Depuis quelques années, il n'est certainement pas de sujet plus à l'ordre du jour. La littérature scientifique, tant française qu'étrangère, regorge de documents sur cette matière, et à l'heure qu'il est la lumière est à peu près complètement faite sur la valeur des injections intra-utérines en général et des injections antiseptiques en particulier. Les dangers tant redoutés des anciens chirurgiens, tels que la pénétration des liquides dans le péritoine à travers la trompe de Fallope, l'introduction de l'air dans les sinus, accidents nerveux, phénomènes d'intoxication par l'emploi des antiseptiques, sont appréciés maintenant à leur juste valeur, et tout le monde est à peu près unanime à admettre que l'emploi prudent de ces moyens, pourvu toutefois qu'on assure bien le retour du liquide et qu'on n'emploie pas de fortes solutions, est absolument sans danger. De temps à autre, une voix s'élève qui rappelle les dangers possibles des injections intra-utérines : impuissante à ralentir le mouvement, elle rappelle du moins aux règles de la

prudence. Il n'est pas de si bon moyen qui n'ait quelques inconvénients : les injections utérines peuvent, par conséquent, avoir les leurs. Ceux qu'il nous a été donné d'observer dans notre pratique hospitalière se bornent à quelques cas d'hydrargyrisme léger dus à l'emploi du sublimé comme moyen antiseptique, qui se traduisirent par une stomatite qui disparut rapidement grâce à l'emploi d'une thérapeutique appropriée.

Nous ne croyons pas cependant avoir fait œuvre inutile : en faisant ce travail, nous avons voulu montrer comment et dans quelles proportions l'antisepsie obstétricale est employée à Montpellier et quels sont les résultats qu'elle a donnés.

Nous ne nous occuperons pas ici des injections intra-utérines en général. Les débats si animés qui ont autrefois divisé les chirurgiens en deux camps si bien tranchés paraissent à peu près résolus par l'expérimentation et par la clinique en faveur des injections intra-utérines, et dans sa thèse inaugurale Rendu ne cite les dangers déjà plus que pour la forme (1), et nous n'en parlerions pas si tout récemment Mangin (2), assistant à la clinique gynécologique du docteur Doleris, n'avait rappelé les dangers des injections intra-utérines. La pénétration du liquide par les trompes de Fallope dans la cavité péritonéale est la principale crainte que l'on puisse avoir : il est de fait que les trompes sont à ce moment assez dilatées pour permettre le passage des liquides ; mais Delon et Fontaine ont montré que

---

(1) Rendu. Thèse de Paris, 1879.

(2) Mangin. Nouv arch. d'obstèt. et de gynnéologie t. 2, 1887.

les injections ne pénètrent jamais par les trompes dans le péritoine si le col n'est pas oblitéré. Il suffira d'agir avec prudence pour ne jamais avoir à craindre accident pareil.

Notre regretté maître M. le professeur Dumas a été l'introducteur à Montpellier de l'antisepsie en obstétrique ; c'est lui qui l'a appliquée le premier, qui l'a développée et qui lui a fait donner ici d'admirables résultats, ainsi qu'en fait foi la statistique que nous donnons au chapitre suivant. Qu'il nous soit permis de rendre à sa mémoire un respectueux et reconnaissant hommage !

Que M. le professeur Grynfeltt reçoive le tribut de notre sincère reconnaissance et de notre dévouement pour les savantes leçons et les utiles conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant tout le cours de nos études !

Nos hommages respectueux aux Maîtres de cette École, dont le haut et savant enseignement a si puissamment contribué à l'achèvement de nos études médicales.

Division du Travail

I. — Dans un premier chapitre, nous faisons l'historique des injections utérines et publions un certain nombre de statistiques, et particulièrement celle de la clinique de Montpellier ; ces statistiques montrent les résultats obtenus depuis l'emploi de la méthode antiseptique.

II. — Dans deux chapitres, nous montrons comment le sublimé a été employé en thérapeutique obstétricale.

III. — Ce chapitre comprend les observations que nous avons recueillies dans le service ou que nous avons relevé dans les registres de la clinique.

IV. — Mode de procéder. Dangers du sublimé.

V. — Action curative du sublimé.

VI. — Emploi prophylactique du sublimé.

VII. — Conclusions.

DES

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

AU MOYEN DU SUBLIMÉ

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis longtemps déjà on a pratiqué des irrigations dans la cavité utérine : Rendu (1) et Labesque (2) font même remonter à Hippocrate et à Galien l'emploi de ces moyens thérapeutiques.

Mais si l'on doit, comme cela arrive pour la plupart des

---

(1) Rendu. De l'utilité des lavages intra-utérins antiseptiques dans l'infection puerpérale. Paris, 1879. — Thèse de doctorat.

(2) A. Labesque. Essai sur l'emploi des moyens antiseptiques. — Thèse de Paris, 1881.

innovations, remonter à Hippocrate pour trouver la première mention des injections intra-utérines, il faut reconnaître que ce moyen était peu connu et encore moins employé. Ce n'est guère qu'en 1757 qu'elles furent érigées en méthode par Recolin, qui les employa avec succès dans la rétention placentaire.

A cette époque, les lavages de l'utérus sont dirigés contre la putridité des produits retenus *post partum* dans la cavité utérine, et les partisans de cette méthode n'ont en vue que le rôle mécanique de l'irrigation.

Levret et Baudelocque les emploient pour débarrasser l'utérus des débris des annexes du fœtus.

Dans le but de combattre la putréfaction des débris placentaires, la fétidité des lochies, les injections intra-utérines sont employées et recommandées par Mojon, Legras, Debel, M^me^ Lachapelle, Chomel, Jacquemin, Gensoul, Roche, Hervez de Chégoin, Hugenberger, Grûnevald, Piorry, Stoltz, Guyot, Fontaine, Hervieux, Winckel, Radecki, Komorowsky, etc...

Malgré les bons résultats qu'elles donnèrent entre les mains de ces différents chirurgiens, la méthode resta très limitée dans son emploi, elle devint l'apanage de quelques spécialistes : il faut l'application de la méthode antiseptique chirurgicale à l'obstétrique et les éclatants résultats qu'elle produit pour entraîner les convictions et donner à la méthode la valeur que chacun lui reconnaît aujourd'hui et généraliser son emploi. En irrigant la cavité utérine avec des liquides antiseptiques, on put alors remplir deux indications : lavage mécanique de l'utérus et destruction des microbes, source de l'infection puerpérale.

Dès 1877, nous voyons pratiquer les véritables injections

intra-utérines antiseptiques par Bischoff (1), Münster (2), Schülein (3), Richter (4), Schede (5), etc....

Depuis cette époque le nombre des accoucheurs qui ont employé les injections intra-utérines antiseptiques dans la pratique obstétricale est considérable et ne fait que croître tous les jours.

Concurremment avec leur emploi, on a vu la mortalité, effroyable dans les maternités, décroître dans des proportions étonnantes, et pour s'en rendre compte, il faut voir ce que Bar (6), dans une remarquable thèse d'agrégation, dit de l'état des maternités et particulièrement de celle de Paris avant l'application de la méthode antiseptique à l'obstétrique.

Il met en regard la mortalité moyenne avant et depuis l'antisepsie, et on est frappé d'étonnement et d'admiration à la vue de résultats si rapides et si nets. La fièvre puerpérale règne à l'état endémique et trop souvent elle se signale par des épidémies épouvantables, qui déciment les malheureuses accouchées ; les accoucheurs, désarmés et impuissants, ferment les maternités temporairement pour interdire aux parturientes l'accès de lieux où les attend une mort presque certaine : le nombre des décès atteint, à certains moments, une effrayante proportion (80 °/₀) et la mortalité moyenne n'est pas moindre de 20 °/₀.

---

(1) Bischoff, Allg. med. cent. zig. février, 1876.

(2) Münster. Die intra uterinen Injectionen in Wochenbett Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynekologie. Bd. 1, Hft. 2, 1877.

(3) Richter. — Ueber Ausspülungen der Gebärmutter Kohle van Carbolsaürelösungen in Vochenbett Zeitsch. f. g. und Gyn. Bd. 11, Hft. 1 p. 97. 1877.

(4) Fritsch. Samml. Klein. Vorträge. N° 107.

(5) Schede. Du drainage de l'utérus. Berl. Klin. Wochens, 1877, N° 23.

(6) Bar. Thèse d'agrégation. Paris, 1883.

A la suite de plusieurs mémoires de M. Tarnier sur la fièvre puerpérale (1856) et de M. Lefort sur la mortalité dans les maternités, la suppression des établissements hospitaliers devient le *Delenda est Carthago* de tous ceux qui s'occupent de la question.

Tarnier démontrait que dans l'épidémie de 1856 il y avait eu 64 décès sur 347 accouchements, soit 1/6 : en comparant la statistique de la ville, il trouve une mortalité 17 fois plus considérable en faveur de l'hôpital.

Lefort arrive à un chiffre de 10 plus élevé, quelles que soient les mesures employées par les accoucheurs.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits, qui sont encore présents à la mémoire de tous, et dont on trouvera un historique très détaillé dans le travail de M. Bar.

La méthode antiseptique ne tarda pas à être employée en France. Tarnier, Pinard, Lucas-Championnière, furent les premiers apôtres de la doctrine nouvelle. Ces maîtres expérimentèrent et perfectionnèrent le procédé, établirent la valeur relative des divers antiseptiques au point de vue pratique. L'acide phénique, tout d'abord le plus employé, fut reconnu bien inférieur à d'autres agents et notamment au sublimé.

Enfin, vers 1880, M. le professeur Dumas, alors professeur-agrégé, fit les premières applications de l'antisepsie obstétricale à la clinique de notre Ecole et, avec l'activité qui était sa caractéristique, donna un rapide développement aux idées nouvelles. Il employa les lotions vaginales, les injections intra-utérines, étudia la valeur comparative des divers antiseptiques, et, comme Tarnier, Pinard, etc., il reconnut que l'acide phénique avait deux inconvénients : à trop forte dose, il était caustique ; à dose plus faible, il n'était plus suffisamment antiseptique ; que le bichlorure de mercure était de beaucoup préférable et qu'à faible dose, tout en restant antiseptique au premier chef, il n'avait aucune action fâcheuse sur l'organisme.

Les résultats ne se sont pas fait attendre : la mortalité par suite de couches est devenue chose à peu près inconnue à la Maternité de Montpellier, et c'est ce que nous allons montrer dans le relevé statistique de ces dernières années.

M. Bar nous montre la chute de la courbe de la mortalité dans les hôpitaux de France et d'Europe : à la Maternité de Paris (service de Tarnier) la mortalité, qui oscillait entre 20 et 4 p. 100, tombe à 25 p. 100 dès les débuts de l'antisepsie et, grâce aux perfectionnements, elle n'est plus, en 1883, que de 0,9 p. 100. Les mêmes faits se produisent à Prague, à Copenhague, à Glascow, à Parme, etc.

A Montpellier, les résultats obtenus par M. le professeur Dumas n'ont pas été moindres.

En 1880-81, 63 accouchements ; 7 opérations obstétricales. Pas de décès.

En 1881-82, 56 accouchements ; 8 opérations obstétricales. 1 décès par éclampsie pendant l'accouchement. Ce cas est sans valeur à notre point de vue.

Dans l'exercice 1882-83, 65 accouchements ; 7 opérations obstétricales, dont une opération de Porro. 2 décès : l'un par éclampsie, l'autre à la suite de l'opération de Porro.

En 1883-84, 71 accouchements ; 11 opérations obstétricales. Pas de décès.

En 1884-85, 92 accouchements ; 13 opérations obstétricales. 1 décès, survenu pendant l'accouchement, chez une femme atteinte de cancer du col.

En 1886-87, 101 accouchements ; 17 opérations obstétricales. 1 décès le deuxième jour après l'accouchement, chez une femme épuisée par des accouchements.

En 1887-88, 121 accouchements ; 12 opérations obstétricales. 1 décès aussitôt après l'accouchement, chez une femme atteinte d'affection cardiaque.

Comme on le voit, tous les décès notés dans ce relevé sont le fait d'accidents autres que l'infection puerpérale et contre lesquels la méthode antiseptique ne peut rien.

Deux cas seulement, l'opération de Porro et la femme morte en 1887, au deuxième jour de ses couches, et dont nous rapportons l'observation dans ce travail :

Voilà les résultats qu'a donnés, à Montpellier, la méthode antiseptique ; aussi nous n'avons pas cru faire œuvre inutile en consacrant ce travail à l'étude des injections utérines par le sublimé, qui sont, croyons-nous, le moyen curateur et prophylactique par excellence de la fièvre puerpérale.

CHAPITRE II

DU SUBLIMÉ ENVISAGÉ AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE. — SES PREMIÈRES APPLICATIONS EN OBSTÉTRIQUE.

L'emploi du sublimé, dans la pratique obstétricale, a soulevé de nombreuses discussions depuis quelques années ; actuellement encore, cet agent thérapeutique a ses partisans et ses détracteurs. Nous trouvons, dans un mémoire de Lucien Butte (1), la collection des pièces du procès destiné à juger le sublimé comme antiseptique.

Butte fait l'historique du sublimé comme agent thérapeutique des plaies et comme microbicide.

Paracelse, Petit, Chaussier, Dongalle, Davaine (2), Billroth, Bucholtz, Kuhm, Julian de la Croix, Koch, Miquel (3), Ratimoff, tous ces auteurs étudient les propriétés antiseptiques du sublimé et arrivent à la conclusion que le sublimé est le plus puissant des antiseptiques.

Il faut arriver en 1881 pour voir l'emploi du sublimé entrer

---

(1) Lucien Butte. Du sublimé comme antiseptique : étude critique et clinique sur l'intoxication par le bichlorure de mercure.

(2) Davaine, 1880. Société de biologie.

(3) Miquel. Thèse de Paris, 1883.

dans la pratique obstétricale, sous le patronage du professeur Tarnier. Pendant cette première année, le sublimé est employé à la Maternité pour la désinfection des mains. En 1882, M. Tarnier substitue complètement le sublimé à l'acide phénique dans son service pendant l'accouchement et les suites de couches (1).

A la suite de Tarnier, les accoucheurs de Paris utilisent le sublimé.

Bar insiste sur les avantages du bichlorure de mercure, sa puissance antiseptique, son prix peu élevé, l'absence d'odeur.

Hergott l'emploie à la Maternité de Strasbourg, et se loue des résultats obtenus.

En Allemagne, Schede et Kummel emploient le sublimé comme antiseptique chirurgical.

Karl Schroeder, à la Maternité de Berlin, Toposki, à Breslau, emploient le sublimé. Ce dernier auteur emploie fréquemment les injections intra-utérines. La morbidité est descendue de 16 p. 100 à 7 p. 100. Siulsaum compare 75 cas traités avec le sublimé avec 75 cas traités à l'acide phénique. Il note soigneusement la température et, tandis que sur les secondes 28 atteignirent 38°, 15 autres 38,5 et 6 d'entre elles 39°, 22 restant à la normale, les premières 19 eurent 38°, 5, 38,5, et 45 normales.

M. Szabo publie une statistique d'injections vaginales et intra-utérines favorable à l'emploi de cette méthode et du sublimé.

Kehrer a employé le sublimé chez 221 accouchées. Pas d'accident digne d'être noté. Cet agent n'aurait d'autre inconvénient que de rétrécir le vagin et le col ; mais ses avantages sont si considérables qu'il ne faut pas hésiter à l'employer.

---

(1) Tarnier. Cours d'ouverture (1884) et Olivier. Ann. de gynécologie 1882. T. XVIII, p. 332.

Hégar, Shalz, Fraenkel, Kaltenbauch, Battlechner, sont de l'avis de Kehrer et se déclarent partisans du sublimé.

Tenzer, de Breslau, emploie le sublimé à $^1/_{1000}$, non seulement comme curatif, mais comme prophylactique: c'est, d'après lui, le meilleur antiseptique.

Léopold, à la Maternité de Dresde; Keller, à la clinique obstétricale de Berne ; Nœgri, à Novare, ont employé le sublimé et déclarent en avoir retiré le plus grand profit.

Citons encore l'opinion de Truchot qui, dans une thèse remarquable inspirée par Arloing, a fait une étude expérimentale du virus de la septicémie puerpérale et de l'action variable des antiseptiques sur sa virulence. Dans ce travail, le sublimé est classé en première ligne (1).

Enfin, Zliegenspeck, dans un long mémoire, conclut que le sublimé n'est pas dangereux, à la condition :

1° De se servir d'une solution à $^1/_{5000}$;

2° D'empêcher tout contact de solution avec le péritoine ou la muqueuse intestinale ;

3° D'assurer le libre écoulement des liquides ingérés ;

4° D'user d'une grande prudence dans les cas d'anémie, de cachexie, de néphrite ou d'affections de l'appareil digestif ;

5° De faire, après le sublimé, un autre lavage plus faible ou simplement avec de l'eau pure froide : le froid empêche le développement des micro-organismes ;

6° D'éviter le contact de longue durée entre les muqueuses et la solution et surtout les pansements et les tampons: ceci s'applique encore plus strictement aux cas où il y aurait des ulcérations.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ces dernières propositions.

---

(1) Truchot. Thèse de Lyon, 1884.

Nous terminons cette longue liste des partisans du sublimé; elle serait bien plus longue si on y ajoutait les noms de tous ceux qui l'emploient sans avoir jamais publié leurs appréciations sur cet antiseptique.

En résumé, c'est à deux Français, Petit et Davaine, que nous devons les premiers travaux de laboratoire établissant sur des bases fixes les propriétés antiseptiques du sublimé, et c'est à Tarnier que nous devons les premières applications dans la pratique des accouchements, où il était appelé à rendre de si grands services.

Mais, pour retirer tous les succès que l'on est en droit d'en attendre, on ne procèdera pas, dans son application, sans ordre ni méthode : on l'emploiera, au contraire, dans toute sa rigueur, en prenant pour ligne de conduite l'état de la parturiente avant, pendant et après l'accouchement.

En d'autres termes, le sublimé, employé avec prudence et méthode, a une double action. Il sera d'abord le prophylactique par excellence des maladies puerpérales, et si, pour une raison ou pour une autre, quelques-unes de ces maladies viennent à éclater, il sera encore le meilleur des curatifs que l'on puisse leur opposer.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous divisons nos observations en trois séries :

1re *Série.* — Cette série se compose des cas que nous avons pu observer dans le service des accouchements et dans lesquels les injections intra-utérines avec la solution de sublimé à $^1/_{2000}$ ont été employées pour enrayer les accidents puerpéraux déjà en voie d'évolution.

Observation première

Delphine (Laure), âgée de 22 ans, entre au service à la suite de couches, qui ont eu lieu le 14 juin 1888. Cette femme est atteinte d'anémie profonde, qui s'est développée pendant la grossesse, autant du fait de celle-ci que de la misère.

L'accouchement se fit assez rapidement, en douze heures environ; mais, la présentation primitive en O. I. D. P. ne s'étant pas transformée, entraîne une déchirure du périnée assez étendue. A la suite de l'accouchement, faiblesse extrême sans hémorragie notable.

Le cinquième jour, le ventre se ballonne et devient douloureux, lochies fétides, frissons répétés, fièvre intense ; la

malade arrive le lendemain à l'hôpital dans un état de prostration extrême, fièvre intense, température 40, pouls petit, fréquent à 130 pulsations : pas de nausées ni de vomissements, mais anorexie complète ; le ventre est ballonné, pression douloureuse dans tout l'hypogastre.

Au toucher, les culs-de-sac sont très douloureux, l'utérus peu mobile. Injections vaginales au sublimé à $^1/_{2000}$ dans l'après-midi et dans la soirée: pansement de la déchirure à l'iodoforme.

Le 26. — La malade est toujours affaiblie ; facies indifférent ; décubitus dorsal ; elle répond avec peine aux interrogations. Le ventre est moins ballonné, les autres symptômes persistent ; mais la fièvre est tombée, 37,8 : le pouls reste petit et fréquent ; pas de frissons. La malade, en raison de sa faiblesse, paraît avoir de la tendance au refroidissement ; les membres inférieurs surtout sont froids. Bouillotes.

Trois injections intra-utérines administrées à l'aide de la sonde de Budin ; injections vaginales au sublimé répétées, pansement iodoformé de la déchirure.

Le 27. — Température 37,5 ; 38,3. Pouls 92, dur, serré, régulier. Langue large, fortement saburrale, un peu de ballonnement du ventre ; trois injections intra-utérines.

28. — Température 39; 38, 2. Pouls 114, petit, dépressible, régulier, chaleur mordicante, la peau est sèche, quelques frissons ; langue toujours saburrale. Le ballonnement du ventre continue, la douleur hypogastrique a diminué d'étendue et d'intensité et reste limitée à la fosse iliaque droite. L'odeur des lochies est bien moindre et a presque disparu. On continue les lavages intra-utérins avec la liqueur de Wan Swiéten dédoublée et chaude ; indépendamment de ces lavages on fait de nombreuses injections intra-vaginales avec la même liqueur. La plaie périnéale, qui semble avoir été la porte ouverte à l'infection, ne se répare pas ; malgré les pansements à l'iodoforme

et les lotions au sublimé elle reste grise, blafarde ; les petites lèvres sont encombrées de débris pultacés non adhérents qui paraissent provenir de sécrétions vaginales.

29. — Température 39,8 ; 38,2. Pouls 110, peau sèche, pas de frissons.

30. — Température 39,8 ; 38,5. Pouls 112, petit; les douleurs hypogastriques ont complètement disparu, et la pression même ne les réveille pas ; frissons répétés dans l'après-midi du 29. La malade est très faible ; pas d'appétit cependant ; la langue reste humide, quoique fortement saburrale, même état de la vulve et des sécrétions vaginales, même médication externe, toniques à l'intérieur.

1er juillet. — Quelques frissons encore dans la journée précédente ; cependant la température ne s'élève pas au-dessus de 38,7 ; le pouls toujours petit, serré, 112, légèrement inégal, langue humide, nuit bonne ; suppression de la quinine.

2. — Température 39,2. Pouls 108, un peu plus développé que les jours précédents, toujours un peu inégal ; légers frissons la veille, sécrétions très abondantes, sans odeur. L'appétit revient un peu ; même traitement.

3. — Température 39,8. Légère céphalée, pas de frissons ni de sueurs, faiblesse très grande, émaciation très prononcée; l'intelligence est très lucide.

4. — Temp. 38,5, 37,9. Le pouls se relève ; pas d'inégalités, pas de frissons. La déchirure du périnée commence à se déterger et manifeste une certaine tendance à la réparation. Les sécrétions vaginales sont moins abondantes. Appétit.

5. — Température 38,4. 37,6. Pouls 96.

6. — Température 38 ; 37,8. Pouls 92, plus plein, régulier. La déchirure du périnée se répare, l'utérus diminue de volume, les sécrétions de quantité et sont sans odeur, l'appétit est bon, les forces reviennent un peu, mais la faiblesse est toujours très

grande, ainsi que la maigreur ; le traitement continue aussi rigoureux.

7. — La fièvre est à peu près complétement tombée ; température 37,5 et 36,8 ; pouls 88 ; la langue humide, un peu saburrale, la plaie périneale est à peu près fermée ; écoulement lochial bien diminué. La malade est en pleine voie de guérison, ce n'est plus qu'une question de jours et son état de faiblesse peut seul en retarder un peu la marche. A notre grand regret et malgré le conseil du chef de service la malade sort de l'hôpital ; quoi qu'il en soit, on peut la considérer comme guérie de son intoxication septicémique, grâce aux injections intra-utérines qui ont été administrées depuis le jour de son entrée jusqu'au jour de sa sortie.

Le cas que nous venons de rapporter est un cas de septicémie qui s'est produit à l'extérieur ; mais, à la suite de son entrée à la clinique, étant donné l'impossibilité où nous étions de l'isoler, en raison même de la mauvaise disposition et de l'étroitesse du local, nous vîmes survenir, et cela malgré l'emploi des précautions antiseptiques préventives que l'on emploie constamment, nous vîmes survenir, disons-nous, un certain nombre de cas d'infection puerpérale légère ; tout cessa avec la sortie de la malade qui fait l'objet de notre première observation.

Observation II

Personnelle

La nommée Honorine L... accouche, le 3 juillet, d'un enfant à terme ; accouchement normal. Injections vaginales avant l'accouchement, injection intra-utérine au sublimé chaude, aussi tôt après l'accouchement ; lotions vaginales répétées les jours suivants. Le troisième jour, malgré ces diverses précautions, dont l'emploi a été institué à la clinique par notre regretté maître M. le professeur Dumas, la femme fut prise, le 5 au soir, de frissons ; céphalée, langue saburrale, peau sèche. La température s'élève à 40° ; les lochies, moins abondantes, prennent une odeur fétide.

On institue aussitôt le traitement ; injections intra-utérines, et dès le premier jour on les administre à quatre reprises, indépendamment des lotions intra-vaginales.

6. — Température 39,5 ; 38,5. La température est moins élevée, légers frissons, plus de céphalée ; le pouls est dur, fréquent, 98, les lochies sont toujours odorantes, la fétidité est cependant moins prononcée.

7. — Température 38,4 ; 37,8. L'état général est bon, le pouls 78 ; deux injections intra-utérines, lotions vaginales.

8. — La température est brusquement remontée 40,5 ; 38 ; frissons, céphalée. Nous ne nous expliquons pas la raison de cette brusque ascension ; les injections utérines sont reprises avec plus de sévérité et on en administre quatre dans la journée. Lochies très fétides ; la femme n'a jamais eu d'accès de fièvre.

9. — La température reste à peu près la même, 40,2 ; 37,5 ;

pouls serré, dur, 110 ; langue saburrale, humide. Même traitement.

10. — La chute de la température est complète, 36,8 ; 37,5.

11. — Température 38 ; 36,6.

12. — Température 37,5 ; 36,8. Les lochies n'ont plus d'odeur ; l'enduit saburral de la langue disparaît, le pouls redevient normal ; à partir de ce jour, la santé se rétablit ; les injections intra-utérines furent continuées quelques jours encore par précaution. Huit jours plus tard, la femme sortit complètement rétablie.

Observation III

Personnelle

La nommée Louise D... accouche, le 30 juin 1888 ; accouchement à terme et normal. Le quatrième jour après l'accouchement elle est prise subitement de frissons erratiques, réitérés. Céphalée ; la température monte rapidement et atteint 39°,5 le soir du quatrième jour ; la peau est sèche et mordicante, le pouls, dur et serré, bat 110 pulsations à la minute ; les lochies, normales jusqu'à ce moment, deviennent fétides, douleurs à l'hypogastre, l'utérus est très élevé ; la langue se couvre d'un enduit saburral. On recourt aussitôt aux injections utérines, pratiquées, ainsi que nous l'avons dit précédemment déjà, à l'aide de la sonde de Budin, qui assure le parfait retour des liquides et l'on emploie toujours la liqueur de Van Swieten dédoublée et

aussi chaude que possible (45°50 environ); lotions vaginales répétées dans l'intervalle.

Le 4 juin, la température est toujours élevée (38,5 ; 39); pouls 108. Lochies fétides. L'aspect de la femme est bon, pas d'abattement, quelques frissons dans l'après-midi. Même traitement.

Le 5 juin, défervescence, 37,2 ; 37,8 ; le pouls est moins fréquent (92), peu de frissons, l'odeur des lochies est moins prononcée, l'appétit revient. On continue le traitement avec la même sévérité.

6 juin. — La fièvre est complètement tombée (36,6 ; 37,2) ; le pouls est à 72, large, plein, régulier ; la langue est dépouillée de son enduit. Plus de douleurs hypogastriques, les lochies ont encore une légère odeur.

7 juin. — Tout phénomène morbide a disparu ; on continue le traitement pendant quelques jours.

Le 17, la femme sort en parfaite santé.

Observation IV

Personnelle

La nommée Delphine R... accouche le 25 juin à la clinique. Accouchement normal et suites normales. Le septième jour après son accouchement, elle est prise de frissons, chaleur, perte de l'appétit, enduit saburral de la langue. Les lochies deviennent fétides, la température s'élève à 39,8. Injections intra-utérines ; après quelques oscillations, la température

tombe, les phénomènes morbides disparaissent et 6 jours après la malade est rétablie et sort quelque temps après.

Deux autres femmes qui avaient accouché dans la même période présentèrent des phénomènes analogues dans les jours qui suivirent leur accouchement ; tous ces faits ont évolué d'une façon à peu près identique, et cela, grâce au traitement antiseptique rigoureux qui fut institué aussitôt. Dans aucun de ces divers cas, nous n'avons observé d'accidents consécutifs aux injections intra-utérines, grâce à l'écoulement facile et assuré par la sonde en fer à cheval de Budin ; nous n'avons non plus noté aucun phénomène morbide imputable au sublimé. Nous verrons cependant plus loin que dans quelques cas il survint un peu de gonflement des gencives ; ces phénomènes d'hydrargyrisme furent en tous cas toujours légers, et disparurent rapidement.

Cette petite épidémie de fièvre puerpérale, dont le point de départ fut la malade qui fait l'objet de notre première observation, resta cantonnée dans la salle où se trouvait cette malade. Dans l'autre salle, qui est complètement séparée, il n'y eut aucun cas de ce genre ; enfin, après le départ de cette femme tout disparut : le lit fut soigneusement désinfecté, et dans la suite on n'eut plus à redouter le retour d'accidents de ce genre.

2me série. — Accouchements laborieux ayant nécessité une intervention manuelle et à la suite desquels les injections intra-utérines ont été employées à titre préventif.

Observation V

Personnelle

La nommée Marie B.... accouche le 8 octobre : la présentation est normale: O. I. G. A. Enfant à terme. L'accouchement ayant traîné en longueur, on applique le forceps à la vulve. A la suite de l'extraction, inertie utérine et hémorragie assez abondante ; grâce à des frictions énergiques sur l'abdomen, l'utérus revient sur lui-même et l'hémorragie diminue d'intensité ; mais l'utérus est inégal. On sent du côté droit une saillie allongée en forme de cone: une disposition semblable fit craindre, et avec juste raison, comme nous le verrons par la suite, un enchâtonnement du placenta. On pratique des injections vaginales chaudes pour diminuer l'intensité de l'hémorragie, exciter les contractions utérines et faciliter ainsi le décollement du placenta. Au bout de demi-heure environ, l'état des choses restant à peu près le même, l'hémorragie persistant et commençant à affaiblir la malade, l'inertie utérine tendant à se reproduire, on cherche à extraire le placenta par expression et traction combinées. Ces moyens ne réussirent pas, et en insistant l'on pouvait craindre d'amener une inversion utérine. On fut obligé de procéder au décollement direct du placenta par introduction de la main dans la cavité utérine. Le placenta pendait dans la cavité et tombait à travers le col et se trouvait retenu par un pédicule, large comme une pièce de 1 franc, qui s'implantait au fond de l'utérus et à droite dans un diverticule en doigt de gant très profond qui se traduisait à l'extérieur par cette inégalité conique que nous avons déjà signalée.

Au point d'implantation on trouvait sur le placenta une zone

de tissu scléreux, très indurée, et qui justifiait pleinement cette adhérence anormale.

La malade est très affaiblie par la perte de sang : pouls petit, serré, fréquent, 150. Injections d'ergotine. La perte s'arrête.

Premier lavage de la cavité utérine avec la solution sublimée au $^{2}/_{1000}$, brûlante. Potion au rhum et au laudanum.

Délire toute la nuit. Le pouls se relève cependant un peu dans la soirée, 140.

Le 9, la malade est très-faible, mais elle est calme : pouls 130, petit, régulier. La température est à 38°, le soir. Injections intra-utérines et lotions vaginales répétées.

Le lendemain 10, l'état général se relève un peu. Température 36,7, 37,5. Pouls 120, régulier. Pas de douleurs hypogastriques ; écoulement lochial séro-sanguinolent sans odeur.

11. — La température s'élève, 37.4, 38; léger malaise; pouls 126 ; cet état est sous l'influence de la congestion des seins : les seins sont douloureux, durs, engorgés. En effet, le jour suivant, la température tombe à 37 ; 37,3. Pouls 116. On continue les injections intra-utérines, répétées trois fois par jour.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° et 37,5 ; le pouls est moins fréquent, 98°. La malade reprend quelques forces, mais elle est toujours en imminence morbide.

Le 14, nouvelle ascension de la courbe thermique ; la température atteint 37,9, le pouls 104, sans cause appréciable. La tuméfaction des seins a disparu : les lochies sont légèrement odorantes. Mais le lendemain tout rentre dans l'ordre et à partir de ce jour la malade marche à grands pas vers la guérison. Les injections intra-utérines furent continuées jusqu'au 18, et la femme sortit complètement rétablie quelques jours plus tard.

Observation VI

Personnelle

La nommée Eugénie S...., entre à la clinique le 30 novembre. Accouchement, le 29 octobre, à terme; expulsion assez rapide d'un enfant mâle bien constitué et vigoureux. La délivrance s'accompagne d'un écoulement de sang assez abondant: l'utérus est inerte et de vigoureuses frictions abdominales parviennent à peine à le maintenir en état de contraction. On n'observe pas ici, comme dans le cas précédent, de diverticule, ni d'inégalité sur la surface de l'utérus; cependant le placenta résiste à la traction et les choses traînent en longueur; la perte de sang étant continue, quoique d'abondance moyenne, on se décide à introduire la main dans l'utérus pour aller chercher le placenta.

Le placenta était presque complètement décollé et n'était retenu que par une adhérence fixée sur la face postérieure de l'utérus et à ce niveau se trouvait un léger diverticule, moins profond que dans le cas précédent.

Injection intra-utérine à la suite, comme dans les cas précédents, toilette du vagin, et la malade est portée dans son lit. Le pouls est fréquent (90), cependant la faiblesse n'est pas trop grande.

La convalescence se fit sans aucun incident digne de remarque; lotions intra-utérines trois fois par jour pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'accouchement.

La femme sortit guérie le quinzième jour.

Observation VII

(Personnelle)

La nommée Marie A..., a un retrécissement assez accentué du bassin ; elle accouche à terme le 16 juin : application du forceps au détroit supérieur : impossibilité d'amener la tête. M. le professeur Dumas se décide à pratiquer la version : l'enfant est même vivant.

La fièvre s'allume le soir, 39°. La femme avait eu un érysipèle quelque temps auparavant, qui n'était pas complétement guéri au moment de l'accouchement, et on explique l'élévation de la température par une recrudescence de l'érysipèle.

Le 19, les lochies deviennent fétides, la fièvre monte à 39°2, quelques légers frissons. On institue immédiatement les lavages intra-utérins, et le 23 tout est rentré dans l'ordre. La femme est apyrétique et se rétablit rapidement.

3^{me} *Série.* — Cette dernière série comprend des cas que nous avons relevés dans les registres de la clinique obstétricale et dans lesquels les injections intra-utérines ont été employées pour parer à des accidents puerpéraux.

Observation VIII

(Empruntée aux registres de la clinique obstétricale)

La nommée Elisa A. entre à la clinique le 9 novembre 1884. Le travail a commencé le 5, et l'enfant est mort. La femme a un bassin manifestement retréci: 0,10 pour le conjugué vrai, 0,08 à 0,085 pour le bi-ischiatique.

Application du forceps au détroit supérieur, la tête étant en occipito-pubienne. L'application ayant échoué, M. le professeur Dumas se décide à appliquer le basiotribe : une première application amène un fragment ; il faut deux nouvelles applications du céphalotribe de Tarnier pour amener les diverses parties de l'enfant.

A la suite de ces manœuvres, toilette antiseptique : injection intra-utérine. La femme est rapportée sur son lit : le pouls est fréquent et un peu irrégulier, faiblesse très grande. Potion au rhum et au laudanum.

Le 11, la femme est toujours très affaiblie, un peu d'agitation. Le pouls est irrégulier : le matin elle est en hypothermie, 35°8. La température du soir est de 37°3. Ce jour-là on fait deux injections vaginales. Pas d'injection intra-utérine. Toniques à l'intérieur.

Le 12, la température remonte à 36°8-39°. Quelques frissons dans la journée ; douleur à l'hypogastre ; pouls 116, petit, toujours irrégulier. Lochies odorantes. Administration de deux injections intra-utérines.

Le 13, température 38°7-38°9, pouls 132. Nouveaux frissons.

Le 14, chute de la température, 37°3-37°5, pouls 96, un peu

plus large, régulier. Les phénomènes s'amendent; douleurs à l'hypogastre sont moins vives : la fétidité des lochies disparaît : la malade n'a pas eu de frissons dans la journée.

A partir de ce jour les accidents sont enrayés, et la malade marche vers la guérison : injections intra-utérines jusqu'au 17.

Observation IX

La nommée Marie L... accouche le 31 juillet 1885, au neuvième mois de sa grossesse, d'un enfant mort-né : accouchement normal, hémorragie abondante *post partum*. Les suites sont régulières pendant les trois premiers jours qui suivent la délivrance, à l'exception d'une légère douleur à la pression qui siège au-dessus du pubis.

Le quatrième jour la femme est prise de frissons, de céphalée, et les lochies acquièrent de l'odeur. En même temps on note une élévation considérable de la température, 39°-38°2, pouls 100, régulier : langue saburrale, injections intra-utérines, matin et soir.

Le lendemain 5 août, température 38°1-38°6, pouls 116, légers frissons, lochies fétides, diarrhée : même traitement, auquel on ajoute 1 gramme sulf. de quinine et 0,05 d'extrait gommeux d'opium.

Le 6, temp. 38°, 38°3.

Le 7, la malade se plaint des gencives : elles sont, en effet, rouges et tuméfiées et facilement saignantes. Nous sommes en présence d'un commencement de gingivite mercurielle due à l'emploi des lotions au sublimé : gargarisme chloraté. La

température diminue, 37°9-37°7, pouls moins fréquent. La langue est blanche, mais la diarrhée est moindre ; plus de frissons : les lochies sont moins odorantes.

Le 8, temp. 37°2-38. On n'a employé qu'une injection. Plus de diarrhée, suppression de la quinine.

Le 9, temp. 37°2-37°4. Purgation, pas d'injection, gargarisme.

Le 10, la température s'élève à nouveau, 37°5-38°2, légers frissons. Les injections intra-utérines sont reprises. Pas de diarrhée.

Le 11, chute définitive de la température. On ne pratique plus que les injections vaginales jusqu'à la sortie de la femme. La gingivite s'atténue et disparaît rapidement.

Observation X

La nommée Célina M..., accouche le 11 mars 1886 à terme et très rapidement : suites normales jusqu'au 15. Ce jour-là, la femme est prise de fièvre ; frissons et diarrhée. Temp. 41°, pouls 126.

Le 16, la fièvre se reproduit à la même heure, les frissons reviennent. L'utérus ne revient pas sur lui-même. Douleur dans les fosses iliaques. Injections intra-utérines matin et soir, temp. 39°6-39°8, pouls 118, lochies fétides.

Le 18, la température s'abaisse et les phénomènes abdominaux s'amendent. La diarrhée diminue. Temp. 39°2-38°6. Injections.

Le 19, le mieux persiste : la malade se nourrit et digère facilement les aliments ingérés. Temp. 38°2-38°. Injections.

Le 21, frissons intenses le soir : elle ne peut pas se réchauffer ; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression. Température 37-40°, pouls serré, 122.

Le 22, temp. 39°4-39 ; les seins sont très douloureux. Lymphangite des deux seins : ganglions axillaires engorgés.

La température se maintient élevée, le 23 et le 24 ; mais cette élévation est due à l'inflammation des seins. On continue cependant les injections.

Le 26, la défervescence est complète. Le sein gauche est encore très douloureux. Le ventre l'est aussi encore un peu ; mais les lochies sont normales.

Observation XI

Marie C..., après un accouchement normal et des suites d'abord normales, fut prise de fièvre à la fin du troisième jour; la température s'éleva à 39°.

Le lendemain la température monte à 40°4-39°8, pouls serré, fréquent, régulier, 120 ; langue saburrale, pas de douleurs aux seins, ni à l'hypogastre. Injections vaginales au sublimé.

Le 29 avril, cinquième jour, temp. 40°9-40° ; l'accouchée accuse de la douleur au niveau des ligaments larges des deux côtés, plus prononcée à gauche. Les lochies sont fétides. Injections intra-utérines. Sulfate de quinine 1 gr.

Le 30, la température reste élevée 40°-40°5, pouls 130. Dyspnée, pas de montée du lait, pas de frissons. La douleur du

côté gauche s'étend jusqu'au dessus de l'ombilic. Même traitement.

1er mai. — Température 40°5-40°5, pouls 184 ; la dyspnée persiste sans altération des organes thoraciques ; diarrhée. Ligament large gauche très douloureux, injections intra-utérines, suppositoire iodoformé pendant la nuit, sulfate de quinine.

2. — Temp. 40°-40°4, pouls 100, langue saburrale et collante.

3. — Temp. 39,4-40,4, pouls 96.

4. — Temp. 39,1-40,2, pouls 90.

5. — Défervescence, amendement des symptômes, température 37,4-38°, pouls 88. On continue les injections intra-utérines.

6. — Temp. 37,3-37,8. La malade va mieux. Suppression des injections intra-utérines ; continuation des lotions vaginales.

7. — Les phénomènes reparaissent avec une nouvelle intensité; la température est à 38,4 le matin et à 41,2 le soir, pouls 120, dyspnée intense, abattement profond, langue sèche. Ecoulement lochial très diminué et fétide. On reprend les injections intra-utérines et le sulfate de quinine.

8. — Amélioration. Temp. 38,7-39°, pouls 100. Purgation.

9. — L'amélioration continue. 38°-38,5.

10. — Temp. 37,8-38,1, pouls plein, peu fréquent. L'odeur des lochies diminue et leur abondance est plus grande.

11. — La malade va bien, 37°-37,3. Induration du ligament large gauche.

13. — Un peu de fièvre.

Le 14, même état.

Le 15, température élevée, 39°. Somnolence, constipation.

Le 16, induration du ligament large ; douleur au point induré. La température est toujours élevée, 39,3.

Le 19, la fièvre a à peu près disparu ; mais la tumeur persiste, et l'utérus est moins mobile au toucher.

Observation XII

Marie C...., accouche le 14 juin, après avoir présenté de l'œdème des jambes et de la paroi abdominale sans que l'examen des urines révélât la présence d'albumine. Pendant l'acouchement, il y eut un ensemble de phénomènes cérébraux ; troubles de la vue, paresse intellectuelle, etc... qui firent craindre une attaque d'éclampsie.

Le 15 juin, température du soir 38,8. Pouls, 80. Sangsues à l'anus ; régime lacté absolu. Injections vaginales.

Le 16, température 38 ; 37,8. P. 82. Vue trouble, mictions rares ; douleurs épigastriques. Lavement purgatif.

17. — Bourdonnements de tête, mictions rares, un peu d'hémorrhagie ; injection intra-utérine. Potion au chloral ; température 38,2 ; 37,5. P. 80.

18 et 19. — Amélioration ; injections intra-utérines.

21. — Gingivite ; température 38,1 ; 38, 1. Gargarisme chloraté.

22. — Température 37,8 ; 38. Mictions fréquentes et assez abondantes.

23. — Température 37,4 ; 37. Traces d'albumine dans les urines.

25. — Amélioration de la gingivite ; plus d'œdème.

27. — La fièvre n'est pas revenue. Les phénomènes puerpéraux sont amendés complètement ; on cesse les injections intra-utérines. Albuminurie continue à évoluer.

Observation XIII

Jeanne H..... accouche le 9 septembre 1886. Accouchement long ; on a employé les irrigations chaudes et les bains généraux. Col très rigide ; quatre incisions furent faites sur l'orifice externe avec les ciseaux de Paul Dubois ; application du forceps. Déchirure du périnée.

Délivrance artificielle aussitôt après l'extraction du fœtus.

Le soir, à trois heures, trois injections intra-utérines ; potion à l'acétate d'ammoniaque, un peu d'agitation. Dans la soirée, l'accouchée a des nausées. Léger ballonnement du ventre. Cataplasme et onguent napolitain.

10. — La malade a de la dypsnée. Irrigations intra-utérines continues. Il s'écoule au début de l'injection un liquide sanieux et très fétide. Les injections, commencées à 10 heures 1/4, sont continuées pendant 1 heure.

A 10 heures 1/2, légère hémorragie : caillots dans le vase.

A midi, vomissements ; ils continuent l'après-midi. A 4 heures du soir, respiration intermittente ; pouls insensible.

Mort dans la soirée.

Observation XIV

Eugénie C.... accouchée le 14 janvier 1887 ; elle a eu un travail laborieux. Après l'expulsion de l'enfant, hémorragie surtout interne. Pâleur des téguments et tendance à la syncope: subdélire, enchâtonnement partiel du placenta. Au bout de deux heures, M. le professeur Dumas procède à l'extraction manuelle du placenta.

Le 15 janvier, l'accouchée se plaint d'un violent mal à la tête, qui revient le soir surtout. Il y a un peu d'œdème des paupières. L'enflure des membres, qui existait avant l'accouchement, a un peu diminué. Pas d'albumine.

18 janvier.— Céphalée intense qui dure la journée et la nuit. Le soir pouls 120. Temp. 38, 5.

19.— Nausées. Céphalalgie très intense, qui empêche le sommeil. Sueurs ; pas de frisson. Sulfate de quinine et extrait d'opium.

20. — La fièvre est moins forte, la céphalée moins douloureuse.

21. — Mal de tête très intense tout le jour et toute la nuit. Œdème. Les lochies deviennent fétides. Trois injections vaginales au sublimé. Température 38,9. Pouls 104, petit, inégal.

22. — Température 39,2, 39. Les mêmes phénomènes persistent. Injections intra-utérines au sublimé répétées trois fois par jour.

23. — La céphalalgie est si intense le matin qu'elle arrache des cris à la malade. Onction de baume tranquille. Continuation des injections au sublimé. Le soir, la douleur a diminué ; la fièvre est moindre: l'odeur des lochies est moins marquée.

24. — L'amélioration continue La malade demande à manger. Température 37,5, 37,7. Traitement *ut supra*.

25. — Le mieux progresse.

26. —Dans la nuit, la malade est prise de phénomènes de péritonite, coliques très vives, ballonnement du ventre. Le matin, le ventre est un peu ballonné, douloureux à la pression; les douleurs spontanées sont moindres. Quelques frissons. La température s'élève à 39°, 39,1. Pouls assez fort, fréquent, 120. Le même traitement est continué. Cataplasmes sur le ventre.

27. — Temp. 37,3, 37,5 ; amélioration notable ; toujours de la céphalalgie.

28.— Ventre beaucoup plus souple, presque indolore. Plus de fièvre ; la malade recommence à manger.

On continue les injections intra-utérines.

29. — L'amélioration continue. Plus de ballonnement du ventre ni de céphalalgie. L'appétit renaît et la malade demande à se lever. Elle sort quelques jours plus tard, complètement rétablie.

Observation XV

La nommée Rosalie M... accouche à la clinique, le 15 janvier 1889. Accouchement normal. Apyrexie pendant les trois premiers jours.

Sans cause appréciable, elle est prise de fièvre, 38,5; pouls 82; langue saburrale, lochies fétides. Lavages intra-utérins, et dès le lendemain la fièvre diminue. Quelques jours plus tard la femme est rétablie.

CHAPITRE IV

MODE DE PROCÉDER. — DANGERS DU SUBLIMÉ

Dans notre première série d'expériences nous voyons plusieurs femmes atteintes plus ou moins profondément d'accidents puerpéraux ; pour l'une d'elles surtout (obs. I), la maladie revêt les allures les plus graves, la température est très élevée, la faiblesse très grande, le pouls petit, les lochies ont une odeur des plus fétides, frissons, etc., tout indique un état général des plus graves.

Les autres accouchées (obs. II, III, IV) sont moins profondément atteintes ; mais il faut dire que, tandis que la première venant de l'extérieur n'a pu être soignée que lorsque la maladie avait déjà évolué pendant plusieurs jours, les autres ont pu être mises au traitement par les injections antiseptiques dès la première manifestation morbide ; aussi voyons-nous tout rentrer dans le calme au bout de quelques jours.

Dans la seconde série, nous voyons plusieurs femmes qui ont été l'objet d'opérations obstétricales plus ou moins graves et qui ont pu faciliter et l'introduction et le développement des germes. Aussi pour prévenir toute élévation de la température, pour enrayer tout développement morbide, avons-nous employé d'une façon continue les injections intra-utérines et nous avons vu la température des premiers jours, développée sous l'influence du traumatisme, baisser rapidement et les suites de couches évoluer normalement.

Enfin dans notre troisième série, composée de faits recueillis sur les registres de la clinique, nous voyons deux accidents causés par les injections au sublimé : deux des malades ont eu de la gingivite mercurielle, qui, du reste, a cédé rapidement par le gargarisme chloraté. Ceci nous amènera à parler des accidents imputés aux injections intra-utérines et particulièrement aux injections au sublimé.

Et tout d'abord disons comme doivent se faire les injections.

Faire une injection utérine n'est pas aussi simple et aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer, dès l'abord : c'est pourquoi tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont décrit avec soin le manuel opératoire, sur lequel nous dirons un mot, ne serait-ce que pour ne pas paraître incomplet.

Pour faire une injection intra-utérine, trois choses sont nécessaires : 1° un récipient ; 2° un tube conducteur ; 3° une canule.

1° Le récipient le plus commode est celui que l'on emploie dans les hôpitaux; il consiste en un vase cylindrique d'une contenance de 2 litres et demi, à goulot court et étroit, ayant à sa base une tubulure à laquelle s'adapte le tube conducteur. A défaut de ce récipient, on pourrait encore se servir d'un entonnoir, d'une bouteille ordinaire dont on aurait préalablement enlevé le fond, ou bien encore d'un cylindre de métal foré à la partie inférieure.

2° Le tube conducteur est en caoutchouc et d'une longueur de 1 mètre 50 cent.

La canule sera le plus habituellement en verre ; quelquefois en métal, de calibre variable, selon chaque cas particulier : gros, lorsque le col est largement ouvert et le corps de l'utérus encore dilaté ; petit, lorsque le col et le corps de l'utérus sont revenus sur eux-mêmes. La canule en verre, de 40 à 50 centimètres de long, peut être recourbée à l'une de ses extré-

mités, ce qui la rend d'un maniement peut-être plus facile encore. Son extrémité utérine est percée de trous sur tous les côtés, afin de permettre au liquide de se répandre à la fois sur tous les points de la muqueuse. Le plus souvent, nous l'avons dit, on se sert de sondes en verre qui trouvent d'autant mieux leur emploi avec le sublimé qu'elles ne se laissent pas attaquer par lui. Une réserve importante est cependant à faire ; lorsque l'utérus est complètement revenu sur lui-même et que le col tend à se fermer de plus en plus, il faut recourir à une sonde à double courant, qui permette un retour facile du liquide. Sans cette précaution, il resterait, en partie du moins, dans la cavité utérine et donnerait lieu, par la suite, à de graves phénomènes d'intoxication. C'est alors à la sonde de Budin qu'on aura recours de préférence : c'est du moins celle que nous avons vu employer par M. Dumas, et elle a constamment donné de bons résultats : jamais nous n'avons vu se produire de phénomène de rétention d'aucune sorte.

Cette sonde comprend deux modèles : l'un en métal, l'autre en celluloïde. Ce dernier modèle nous a paru préférable pour les injections au sublimé. La sonde en métal, sous l'influence de cet agent, s'altère rapidement et s'obstrue.

Avant de procéder à l'injection, l'opérateur doit s'être soigneusement désinfecté les mains et les ongles. La tenue doit être propre et ne pas servir à d'autres usages.

La durée du lavage est calculée d'après la nature du liquide qui sort de la matrice ; on ne s'arrête que quand le liquide revient clair et pur. Enfin, l'injection utérine terminée, on lave soigneusement le vagin, afin de le débarrasser à son tour de tous les produits septiques qu'il peut contenir ; on procède ensuite à la toilette extérieure de la femme, qu'on laissera ensuite au repos.

La mise en usage d'une semblable thérapeutique souleva, au début, beaucoup de critiques et donna lieu à de vives discus-

sions , la plupart des accoucheurs craignant de déterminer des phénomènes d'intoxication mercurielle. Les uns, et le professeur Depaul, en particulier, condamnaient d'une manière générale toutes les injections utérines au sublimé; les autres, moins absolus, ne les admettaient que dans les cas graves de septicémie, mettant les jours de l'accouchée en danger. L'expérience a fait justice de toutes ces craintes, que l'on peut appeler chimériques. A peine quelques voix s'élèvent de loin en loin, sous prétexte qu'elle aurait donné lieu à des phénomènes légers d'empoisonnement.

On a cependant cité quelques cas d'empoisonnement. La première observation d'intoxication est due à Stendfeldt (de Copenhague). Ayant employé le sublimé chez sept malades, en solution à $^1/_{1500}$, quatre fois il n'eut aucun accident, deux fois il se produisit de la gingivite et de la diarrhée, une fois enfin la mort est survenue.

Le cas cité par Stendfeldt n'est pas probant, car la femme n'a eu, parmi les symptômes qu'elle a présentés, ni gingivite, ni salivation : Tarnier et Toporski, qui ont employé les injections des milliers de fois sans aucun accident, refusent de le considérer comme tel et mettent la mort sur le compte d'un état antérieur.

Butte (1) admet l'intoxication, et Hoffneier, assistant à la clinique de Schrœder, à Berlin, cite plusieurs cas d'intoxication par le sublimé et conclut : L'intoxication par le sublimé est sous la dépendance de l'état des reins. Il paraît extrêmement dangereux d'employer cette substance chez les malades atteints de lésions rénales. Il est absolument interdit, dans la clinique de Schrœder, d'user de sublimé pour celles qui sont sous le coup de semblables complications.

On ne peut mettre en doute l'importance des lésions rénales

---

(1) Butte. *Loco citato.*

dans les intoxications ; mais nous nous demandons si cette absorption par les sinus utérins que l'on paraît tant redouter est bien active. Dans l'observation VIII, empruntée aux registres de la clinique, nous voyons une femme qui, pendant l'accouchement, a tous les symptômes prémonitoires de l'éclampsie ; qui, avant, a eu les œdèmes symptomatiques de l'albuminurie, et on sait aujourd'hui qu'il est des cas d'albuminurie sans albumine ; qui, après l'accouchement, a eu de l'albumine dans ses urines et qui, cependant, n'a jamais présenté qu'une légère gingivite qui céda à l'emploi de gargarismes chloratés au cours même du traitement par les injections.

Vohts cite un cas d'empoisonnement mortel ; mais il pense que la solution a dû passer dans la cavité péritonéale par les trompes.

Keller, Lomer, Netzel, citent chacun un cas.

Fraenkel, Krukenbert et Ribbert, Winter, Mickuliez, Doléris, citent des cas d'intoxication, dans des cas de chirurgie, à la suite de lavages et de pansements au sublimé.

Braun (de Vienne), après avoir étudié les dangers des injections au sublimé, les recommande cependant avec quelques restrictions : solutions faibles, second lavage avec de l'eau distillée à la suite du premier.

Charles (de Liège), après un premier essai du sublimé en 1883, l'abandonne à la suite de quelques accidents, pour revenir à l'acide phénique ; mais, en 1884, il revient définitivement au sublimé. Charles constate la supériorité du bichlorure de mercure comme antiseptique et donne des résultats statistiques favorables à son emploi.

Doleris et Butte sont moins favorables, et ils terminent leur mémoire à la Société de biologie en disant : Au point de vue pratique, l'usage du sublimé est permis pour la désinfection des mains, des instruments, des régions cutanées ; il est

absolument proscrit pour le lavage des plaies et des grandes surfaces séreuses ou muqueuses (1).

Nous pensons que la façon de penser de ces expérimentateurs est bien absolue et bien pessimiste ; pour nous, en raison des faits non expérimentaux mais cliniques, ce qui vaut mieux, qu'il nous a été donné d'observer, nous ne saurions souscrire à une opinion semblable. De plus, toutes les femmes reçoivent aussitôt après l'accouchement une injection d'environ 1 litre et souvent 2 litres, et nous n'avons jamais rien noté de fâcheux. Que l'on emploie une solution faible ($^1/_{2000}$), que l'on assure bien le retour facile des liquides, et jamais l'on n'aura d'accidents ayant quelque gravité.

Nous ferons une exception : dans les cas de grossesse intra-utérine, où l'on est en présence d'une cavité qui ne se rétracte pas, et dont toutes les voies d'absorption restent libres et béantes, nous pensons que dans ces circonstances le sublimé pourrait présenter des dangers ; et nous nous rangerions volontiers à l'avis de M. Pinard (2) qui, dans une circonstance semblable, préféra au sublimé une solution de menthol.

---

(1) Doleris et Butte. Recherches expérimentales sur l'intoxication par le sublimé corrosif employé pour le lavage des muqueuses saines et des plaies. (Nouv. Archiv. d'obst. et de gyn. Décembre, 1886.)

(2) Pinard. Progrès médical, 1889.

CHAPITRE V

ACTION CURATIVE DU SUBLIMÉ EN OBSTÉTRIQUE

L'accouchée est une blessée physiologique : elle porte sur son canal génital une ou plusieurs plaies. Ces plaies se comportent comme toutes les plaies en général, traumatiques ou chirurgicales, et demandent un traitement semblable.

L'utérus est normalement aseptique, comme l'a démontré récemment Strauss (1); mais qu'un germe septique pénètre dans son intérieur il se trouvera à ce moment dans les conditions les plus favorables à son développement et donnera naissance à l'infection puerpérale.

Les topiques antiseptiques ne peuvent trouver ici leur application, et l'accoucheur n'a qu'une ressource, mais réelle et efficace, les lavages vaginaux et utérins.

Grâce à eux, l'accoucheur agit sur les plaies du canal génital de la même façon que le chirurgien agit sur une plaie superficielle d'un membre, par exemple. Il peut la nettoyer, la débarrasser aussi complètement que possible des détritus morbides qui se forment à sa surface.

Les lavages vaginaux sont, nous l'avons dit, constamment

---

(1) Strauss, Bull. de l'Ac. des Sc., 1888.

employés à la clinique obstétricale et pratiqués trois fois par jour au moins. Si l'accouchement est normal, on s'en tient là; l'utérus dans ce cas étant aseptique naturellement, on n'a à s'occuper que d'empêcher la pénétration des germes venus de l'extérieur et qui auraient pu se déposer ou se développer dans le vagin.

Mais si l'accouchement a été laborieux et s'il a fallu agir chirurgicalement, on doit craindre une infection possible en dépit des précautions prises : il est bon alors de ne pas attendre le développement d'accidents puerpéraux toujours longs à enrayer; il faut les prévenir par les injections utérines prophylactiques. C'est ce dont nous nous occuperons au chapitre suivant.

Mais les accidents sont développés ; c'est ici que se montre réellement l'efficacité des injections intra-utérines et particulièrement des injections au sublimé. Notre observation I le démontre d'une façon indéniable : nous voyons arriver une femme qui présente les symptômes de l'infection puerpérale la mieux caractérisée et dont l'évolution est déjà avancée : frissons, chaleur, diarrhée, lochies fétides, émaciation, etc..., déchirure périnéale à l'aspect blafard et recouvert d'un enduit pultacé, etc... Cependant, en quelques jours, les symptômes s'amendent peu à peu et après quelques alternatives la convalescence s'établit.

Les autres femmes (obs. II, III et IV) traitées dès le début reviennent plus rapidement encore à la santé : dans un délai de 4 à 5 jours tout phénomène morbide anormal disparaît. Il ne fait pas de doute pour nous que toutes ces femmes voisines de la précédente n'aient été intoxiquées par le mauvais voisinage, et l'on sait que dans ces cas de transmission le contage est beaucoup plus actif et partant beaucoup plus dangereux.

Quelques-unes de ces femmes, et notamment la première, ont

pris du sulfate de quinine : nous ne croyons pas devoir insister sur l'inefficacité du sultate de quinine sur la fièvre puerpérale ; tout au plus a-t-il pu contribuer à diminuer la température.

Ces faits bien établis, voyons de quelle manière agissent les lavages administrés au début, aussitôt la délivrance achevée et à un moment où les débris organiques quels qu'ils soient, retenus dans la matrice, n'ont pas eu le temps de se décomposer ; à ce moment, disons-nous, ils ont une action purement mécanique. En entraînant tous les débris au dehors, ils empêchent leur décomposition.

Mais un temps plus ou moins long s'est écoulé depuis le moment de la délivrance ; l'air, avec ses germes de fermentation, a pénétré dans cet utérus et la femme prise de frisson avec fièvre, courbature, etc..., annonce un commencement d'infection. Les lavages, à leur action mécanique, en ajoutent une seconde ; action chimique celle-ci, due tout entière au bichlorure, leur principe actif. Les travaux déja cités de Davaine, Miquel, etc... ont établi que le bichlorure à $^1/_{5000}$ suffit à empêcher le développement des microorganismes. Semblable action se produit aussi bien sur les plaies que dans les expériences de laboratoire. Le sublimé tue les bactéries sans nombre en voie de prolifération au milieu des détritus organiques et arrête du même coup la putridité et l'infection purulente, sa conséquence inévitable.

A ces deux actions mécanique et chimique se joint une action générale sur l'organisme due à l'absorption du sublimé par les vaisseaux utérins. Cette absorption, insuffisante pour amener des phénomènes d'intoxication, comme nous l'avons montré, n'est pas moins évidente et dans quelques cas la gingivite, la salivation et la diarrhée en sont le témoignage regrettable. Ce passage du mercure dans le sang modifie la crase sanguine, active probablement l'activité fonctionnelle

des organes glandulaires et détermine ainsi un courant de dérivation sanguine qui contribue, à son tour, à l'élimination du poison septique. De là, cette rémission sensible dans tous les phénomènes de septicémie observés; rémission d'autant plus sensible que le sublimé neutralisera en même temps, par sa présence, l'action des bactéries déjà contenues dans le liquide sanguin ou celle de leurs produits de sécrétion.

CHAPITRE VI

APPLICATIONS PROPHYLACTIQUES DES INJECTIONS UTÉRINES

Nous venons de voir l'action efficace du sublimé dans la fièvre puerpérale ; nous avons vu comment et avec quelle rapidité souvent étonnante il arrête des accidents déjà redoutables et dont l'évolution finale ne laissait pas de doute si l'on n'eût employé le traitement antiseptique dans toute sa rigueur.

Mais ne vaut-il pas mieux prévenir le mal que d'attendre son développement ? Puisque les injections utérines suffisent à enrayer la marche de la maladie, leur action sera d'autant plus puissante pour empêcher sa production. Dans la première série de nos observations, nous voyons l'action du sublimé d'autant plus rapide et d'autant plus puissante que nous attaquons le mal à son début. Dans l'observation première, la maladie est en pleine évolution, et la femme est déjà très affaiblie ; aussi faut-il un temps relativement très long pour l'amener à résipiscence ; au contraire quelques jours suffirent pour amener au rétablissement complet les autres femmes dont les accidents furent traités dès le premier jour.

Partant de ce principe, on doit employer les injections utérines toutes les fois que l'on soupçonne que l'utérus a pu être contaminé par des manœuvres ou par le milieu. C'est ce qui a été fait dans nombre de cas, et les observations de la seconde série sont un témoignage de l'efficacité des injections préventives. Dans ces trois observations les accouchées ont été soumises à des manœuvres par le forceps ou manuelles, et

cependant, malgré leur affaiblissement, malgré leur épuisement elles n'ont eu aucun accident puerpéral. La malade qui fait l'objet de l'observation VII est en puissance d'érysipèle au moment de l'accouchement; l'érysipèle, à peu près disparu alors, reçoit un coup de fouet par le fait de la délivrance et reparaît avec une nouvelle intensité : tout le monde sait les relations étroites de l'érysipèle et de l'infection puerpérale ; les anciens accoucheurs ont connu ces deux hôtes néfastes des maternités et ils pourraient dire encore quels ravages ils ont commis ; Trousseau (1) a particulièrement insisté sur ces relations dans ses cliniques sur l'érysipèle des nouveau-nés, et cependant, grâce à l'emploi des injections intra-utérines, l'érysipèle continue son évolution comme en un terrain normal et l'on n'observe pas ou presque pas d'accidents puerpéraux.

Nombreux sont les cas où les injections utérines doivent être, pensons-nous, employées à titre prophylactique; indépendamment des précautions générales que l'on prend pour toutes les femmes, telles que : injections vaginales pendant et après l'accouchement, désinfection des divers objets de pansement, de literie, des aides et des élèves, sur lesquels nous n'insisterons pas.

Nous ne reparlerons pas des injections utérines employées aussitôt après l'accouchement; elles rentrent dans le cadre des mesures générales; elles ont pour but d'entraîner les caillots qui pourraient être retenus dans l'utérus à la suite du placenta et de purifier la femme des nombreux touchers qu'elle a dû subir pendant l'acte de la parturition.

On doit plus particulièrement employer les injections intra-utérines prophylactiques :

1° Dans les cas d'enfants morts ou macérés, à terme ou avant

---

(1) Trousseau. Clinique médicale.

terme. Bonnet (1) et Chatelain (2) dans leur travail incugural, ont bien mis en lumière les bons effets des injections au sublimé et particulièrement dans les cas de putréfaction fœtale.

2° Dans les cas de rétention partielle des membranes ou de débris placentaires, nombre d'accoucheurs se contentent des irrigations utérines et attendent patiemment que les lambeaux se détachent, cequi arrive au bout d'un temps plus ou moins long. Vincent de Lyon et son élève Albertin (3), proscrivent toute intervention manuelle.

Lazarewitcz (4), étudiant la rétention de l'amnios et des membranes, conseille le redressement externe de la matrice par extension externe et les injections intra-utérines antiseptiques.

3° Dans tous les cas d'intervention, forceps, version, etc., c'est dans ces cas que le moyen prophylactique que nous recommandons est évidemment le plus indiqué.

4° Enfin toutes les fois qu'un cas d'infection puerpérale se produit dans un service, nous croyons prudent d'employer des injections utérines, afin de prévenir la contamination. Nous pensons que si semblable précaution eût été prise, la petite épidémie que nous avons relatée ne se fût pas produite. (Observations II, III, IV, plus deux cas relatés sans mention spéciale).

Entre ceux qui font des injections prophylactiques à toutes les accouchées et ceux qui les proscrivent absolument, nous prenons place en restreignant la prophylaxie intra-utérine à ces différentes indications.

---

(1) Bonnet, Thèse de Paris, 1884, n° 255.

(2) Chatelain, Thèse de Paris, 1884.

(3) Albertin, *Loco citato.*

(4) Lazarewitch, Rétention des membranes de l'amnios. (N. arch. obst. et gyn., t. 4, 1887.)

CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir tirer de l'ensemble de ce travail les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-utérines pratiquées prudemment sont sans dangers, et elles constituent le meilleur moyen d'action sur la cavité utérine.

2° La solution au sublimé au 1/2000 est le liquide par excellence que l'on doit employer pour les lavages intra-utérins. Le sublimé est le meilleur antiseptique employé jusqu'à ce jour.

3° Les phénomènes insignifiants d'intoxication qu'on lui attribue, tels que : gingivite, salivation, érythème, ne nous paraissent pas devoir contre-indiquer son emploi, car ils cèdent facilement à un traitement approprié.

4° Les injections utérines avec la solution au sublimé donnent les meilleurs résultats dans le traitement de l'infection puerpérale confirmée.

5° On les emploiera non-seulement comme moyen curatif, mais surtout comme prophylactique des accidents septiques.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 24 mai 1889.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut
G. CHANCEL.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 23 mai 1889.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !